HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
AREA AGENCY ON AGING (AAA)

居家服務與社區服務/耆英地區辦事處之安排決定通知書
HCS/AAA PLANNED ACTION NOTICE

DATE OF NOTICE
PROGRAM
CLIENT ID:

作出本決定之依據：

尊敬的：

您的服務將於_____開始生效。

☐ 批准 ☐ 改變 ☐ 繼續 ☐ 增加 ☐ 退出 ☐ 未獲批准
☐ 減少 ☐ 終止 ☐ 暫停

作出本決定之依據：

☐ 華盛頓州行政法規第388-106- 條規定

☐ 成人日間保健服務(ADH)華盛頓州行政法規WAC 388-71-0702 ，WAC 388-71-0706，WAC 388-106-0810與WAC 388-106-0815條規定

☐

依照華盛頓州行政法規WAC 388-106章規定，對您獲得居家服務與社區服務資格的資格作了評定。

☐ 根據對您所作的評定結果，您不具備獲得服務的資格。

☐ 根據對您所作的評定結果，您處於_____分類組，並有資格透過_____（社區另選安置服務系統/醫療貧困居家服務另選計畫/由醫療輔助方案提供的個人護理/由州府資助的）計畫獲得_____小時的居家看護服務。

☐ 根據對您所作的評定結果，您處於_____分類組，並有資格透過_____（社區另選安置服務系統/醫療貧困居家服務另選計畫/由醫療輔助方案提供的個人護理/由州府資助的）計畫獲得每日費率為$_____的集體住宿計畫服務。

☐ 批准成人日間保健服務計畫接收手續/評估；以及_____天/星期，最多可達10天看護付費服務天數的_____看護服務，以及（或者）若可以在_____成人日間保健服務中心登記加入的話，由_____康復機構的工作人員進行評估。

☐ 批準長期成人日間保健服務_____天/星期看護服務，以及（或者）根據個案管理員所作出之資格決定，在_____成人日間保健服務中心獲得從_____（日期）天到_____（日期）天的_____康復服務。

作出上述決定之依據包含在隨附的服務概要和評估細節資訊中。

☐ 其他措施。依據華盛頓州行政法規正在採取此項措施，原因是：

若您不同意此項裁定，您有權提出舉行一次公平聽證會的請求。從您收到此通知書之日起，您有(90)天的時間提出舉行一次聽證會的請求。您可以寫信給行政聽證處，提出舉行一次聽證會的請求，地址是OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489。

如果您目前經由上述服務服務獲得福利待遇，並且**於有效日期或者於包含有效日期之當月月底之前提出舉行公平聽證會的請求，那麼您將有資格繼續獲得這些福利待遇。若在聽證會上裁定維持本部的決定，那麼在此期間您所獲得的福利金將會出現溢付情況，而您必須償還溢付福利金，但是，您不必退還超過相當於六十（60）天福利金額的款項。如果您不想繼續享受福利，您必須以書面形式通知在本函上簽字的工作人員。**

您還有以下權利：1)請他人做您的代表（您可能有資格獲得免費法律幫助）；2)要求得到一份您的檔案副本和本部用於決定您的福利之所有資料的副本；3)提交證據文件；4)在聽證會上作證並要求證人出席為您作證；並且5)盤問為本部作證的證人。如需瞭解詳細資訊，請向此公函的簽署者索取一份DSHS 22-092(X)說明書。如果您願意的話，請打電話：

_____

謹啟

_____

社會工作人員/個案管理人員簽字

居家服務與社區服務(HCS)和耆英地區辦事處(AAA)的名稱和地址